

ILEUSUL BILIAR

Gheorghe Ghidirim, Igor Mișin, dr hab. în medicină, cercet. șt. coordonator, **Ion Gagauz**, dr. în medicină, conf. cercet., **Elena Pleșco**, doctorand, Catedra Chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”, Laboratorul Chirurgia Hepato-Pancreato-Biliară, USMF „Nicolae Testemițanu”, Centrul Național Practico-Științific de Medicin Urgentă

Introducere. Litiaza biliară este una din cele mai frecvent întâlnite afecțiuni în societatea contemporană. Este “boala instăriților”, care prin frecvența sa începe să concureze cu maladia ulceroasă a stomacului și duodenului și capătă un caracter de problemă socială. Din 1970 în țările Europei de Vest, frecvența litiazei biliare la populația adultă a crescut până la 18,5%, în SUA – până la 32%, în Suedia – până la 38-44%. Creșterea frecvenței litiazei biliare duce respectiv la creșterea numărului complicațiilor periculoase și nefavorabile, cum ar fi fistulele biliodigestive, ocluzia intestinală biliară sau ileusul biliar.

Ileusul biliar reprezintă o obstrucție intraluminală a tractului gastrointestinal cu concremente biliare. Pentru prima dată în literatura mondială ocluzia intestinală biliară a fost descrisă în 1654 de către vestitul anatomist danez Th.Bartholini la necropsia unui bolnav decedat din cauza ocluziei intestinale.

Ocluzia intestinală biliară (ileusul biliar) reprezintă o complicație destul de rară a litiazei biliare și se întâlnește, de obicei, la pacienții în etate. Cea mai înaltă frecvență a patologiei respective îi revine perioadei de vârstă între 65 și 75 de ani. În literatură a fost descris un caz de dezvoltare a patologiei respective la un copil de 13 ani, cel mai tardiv – la 97 ani. Luând în considerație faptul că litiaza biliară afectează preponderent sexul feminin, ileusul biliar se întâlnește respectiv mai frecvent la femei [1,2]. Raportul între sexul feminin și masculin constituie 16:1, adică patologia dată se întâlnește la femei în 3 – 5 ori mai des [3].

Litiaza biliară se complică cu ileus biliar aproximativ în 0,3 – 0,5% din cazuri [4]. Ileusul biliar alcătuiește 1–3% din toate cazurile de ocluzii intestinale înalte [5,6,7], iar la pacienții în vârstă de peste 65 ani este cauza ocluziei în aproximativ 25% [4,3]. La 5% din bolnavi se observă accese repetate de obstrucție a tractului digestiv cu concremente biliare [8,9]. Frecvența ileusului biliar constituie 0,4–0,5% din toate cazurile de ocluzie intestinală, echivalent cu frecvența ocluziei intestinale, cauza fiind tromboza mezenterială și herniile interne. Așa dar, ocluzia intestinală biliară se întâlnește destul de rar, dar constituie circa 25% din cazurile ocluziei intestinale non-strangulate la pacienți în vârstă de peste 65 de ani.

Mortalitatea în secolul XIX constituia 60% [10], în 1960–40%, iar în 1990 15–18% [3].

Reieșind din cele expuse, concluzionăm că patologia dată se întâlnește, de regulă, la pacienții în etate și este însoțită de un înalt nivel de letalitate.

Fiziopatologia ocluziei intestinale biliare.

Momentul principal al etiopatogeniei patologiei date este, în primul rând, prezența la pacient a colecistitei calculoase. Singura cauză a formării fistulei interne este aflarea timp îndelungat a calculului în colecist. În caz de acutizare a afecțiunii, pe fondul obstrucției ductului cistic, are loc inflamarea pereților veziculei biliare și a țesuturilor adiacente, care duce la dezvoltarea unui proces aderențial în zona respectivă. Ischemia și eroziunea pereților colecistului constituie un substrat favorabil pentru formarea fistulelor biliodigestive, prin care concrementele pot să se deplaseze în lumenul tractului digestiv [11,12]. În cazul unui diametru mic al calculului și al papilei Vateri dilatate, calculul poate migra în lumenul duodenului și duce la dezvoltarea ocluziei intestinale. Însă unii autori consideră varianta respectivă de dezvoltare a ileusului biliar puțin întemeiată [3].

La majoritatea pacienților formarea fistulei biliodigestive decurge timp îndelungat și deseori asimptomatic, migrarea concretamentului frecvent decurge fără semne clinice caracteristice [13,14].

De obicei, fistulele se dezvoltă pe peretele anterior al colecistului. La examinarea histologică a fistulei se determină fibroza și scleroza pronunțată a tuturor structurilor ce participă la formarea ei. Canalul fistulei este tapetat cu țesut cicatricial.

Dupa criteriul anatomo-topografic se determină următoarele tipuri de fistule: colecistogastrică; colecistoduodenală; colecistojunală; colecistocolică [3].

Unii autori consideră că ocluzia intestinală pe fondul obstrucției, cu concremente biliare, se întâlnește mult mai frecvent decât se diagnostică, deoarece unii calculi deplasându-se prin tractul intestinal, se elimină pe cale naturală, ca rezultat la 30–45% din pacienți survine însănătoșirea [3].

Se consideră că pentru dezvoltarea ileusului biliar e necesară, de regulă, asocierea a trei factori: prezența unui concretament biliar mare în colecist; fistulă biliodigestivă internă cu diametru considerabil mărit; uneori prezența stenozei intestinale considerabile. Însă toate condițiile sus-numite nu sunt obligatorii.

Dimensiunile concretamentelor pot varia de la câțiva milimetri până la 2–10 centimetri (în literatură a fost descris un calcul cu diametrul de 17,7 cm), ceea ce are importanță în dezvoltarea ocluziei intestinale. Conform părerii unor autori, obstrucția intestinului subțire o produc calculii cu diametrul de 2,5 cm și mai mult, dar indiferent de dimensiunile concretamentului, ocluzia obturatorie este întotdeauna însoțită de edemul mucoasei. Astfel, se explică dezvoltarea ocluziei intestinale totale chiar și în prezența concretamentelor de dimensiuni nu prea mari. Unele procese patologice ale tractului digestiv, cum ar fi stricturile, spasmul, procesul aderențial, la fel pot duce la dezvoltarea ocluziei intestinale, chiar de calculii au dimensiuni moderate.

După nivelul obstrucției ocluziile intestinale biliare se împart în următoarele tipuri: piloroduodenale; la nivelul intestinului subțire; la nivelul intestinului gros [3].

Localizarea clasică a concretamentelor biliare este în porțiunea terminală a ileonului și regiunea valvei ileocecale: 60–70% din cazuri; în porțiunea proximală a ileonului–10%, în jejun–concrementele se depistează în 17% din cazuri [15].

Sindromul Bouveret este obstrucția cu concremente biliare la nivelul porțiunii distale a stomacului sau a porțiunii proximale a duodenului. Pentru prima dată această patologie a fost descrisă de către Leon Bouveret în 1896 [16] și se întâlnește, în majoritatea cazurilor, la femei în etate, vârsta medie fiind de 68,8 ani [17]. În perioada 1896 – 2000 sunt descrise numai 175 de cazuri cu sindromul Bouveret [16,18]. Concrementele au, de regulă, mai mult de 2,5 cm în diametru. Calculii de dimensiuni mici pot fi cauza obstrucției la nivelul duodenului, dar nu cauzează obstrucție la nivelul porțiunii distale a stomacului. Localizarea duodenală constituie 2–3% din cazuri [19]. Simptomatologia sindromului Bouveret imită clinica stenozei pilorice.

Fistulele biliocolice se întâlnesc rar și constituie 10–20% din fistulele biliointestinale și se manifestă prin simptome nespecifice (diaree, steatoree, dereglări electrolitice, hipoprotrombinemie) [20].

Tabloul clinic al ileusului biliar.

Semne clinice specifice pentru această patologie, spre regret, nu sunt. La aproximativ 50% din-

tre pacienți în anamneză s-au remarcat colici biliare. Concrementele biliare, nimerind în tractul digestiv, pot să se elimine odată cu masele vomitive sau fecale, care mai pot duce și la dezvoltarea ocluziei intestinale. Uneori ocluzia intestinală prin obturare este prima manifestare a fistulei biliare interne. Manifestările clinice principale ale acestei patologii sunt durerile spastice în abdomen—91,5%, dereglări dispeptice (greață, vomă—59,7%), retenție de scaun și gaze, balonarea abdomenului—84,7%, febră mai mare de 38—40,9%, rar icter—7,3%. Gradul de manifestare a semnelor clinice depinde de nivelul obstrucției, dimensiunilor calculilor și gradul obstrucției (totală sau parțială). Cu cât nivelul obstrucției tractului gastrointestinal este mai înalt, cu atât mai repede se dezvoltă tabloul clinic al afecțiunii. Pentru ocluzia intestinală biliară este caracteristică evoluția ondulantă, progresarea lentă, cu perioade de falsă ameliorare. Acest fapt este deosebit de periculos în planul prognozei, deoarece se atenuează vigilența medicului, se prelungește perioada de diagnosticare [21]. În unele cazuri dezvoltarea ocluziei intestinale este precedată de un acces de colecistită calculoasă acută.

După evoluție sunt înregistrate următoarele forme a patologiei: supraacută; acută; subacută (sindromul Leriche); pseudotomoroasă; recidivantă [14].

Cea mai tipică se consideră forma subacută a maladiei, care se caracterizează prin alternarea perioadelor de acutizare și atenuare a simptomelor de ocluzie intestinală, legate de migrarea concremenților biliari.

În baza datelor clinice și anamnestice putem evidenția următorii indici, după care s-ar suspecta așa o patologie rară ca ileusul biliar: accese de colici biliare în anamneza la pacienți neoperați pentru patologia dată; dispariția bruscă sau regresia rapidă a dimensiunilor infiltratului ce se determină anterior în hipocondrul drept; regresia bruscă a durerilor, scăderea temperaturii, diminuarea în intensitate a icterului; ocluzie intestinală intermitentă la femei cu vârsta mai mare de 60 ani; eliminarea calculilor cu diametrul mai mare de 1 cm cu masele fecale sau vomitive [14].

Dar, în legătură cu frecvența joasă a patologiei date, lipsa simptomelor patognomone, diagnosticul, de obicei, se stabilește pe parcursul intervenției chirurgicale.

Diagnosticul ocluziei intestinale biliare se bazează pe: datele anamnestice; tabloul clinic; datele de laborator: în analiza generală a sângelui se pot depista semne de hemoconcentrare, leucocitoză cu deviere spre stânga, creșterea VSH; în analiza biochimică a sângelui: creșterea bilirubinei din contul fracției directe; date instrumentale - un rol important în diagnosticarea ocluziei intestinale biliare joacă examenul radiologic (*fig. 1*).

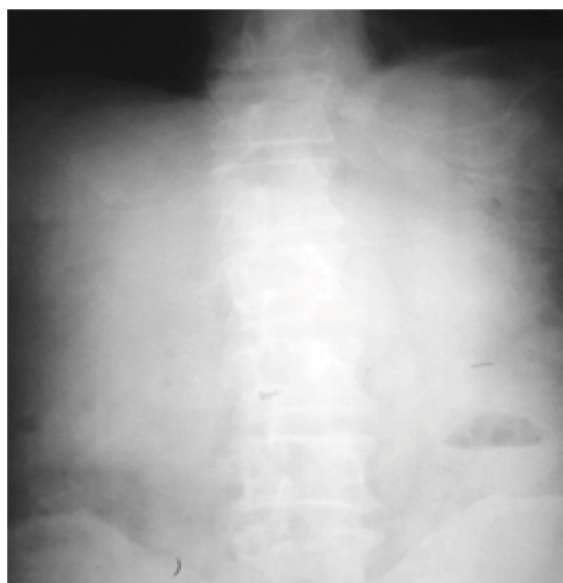


Fig. 1. Radiografia de ansamblu a abdomenului cu semne de ocluzie intestinală

La radiografia de ansamblu a abdomenului se depistează semne de ocluzie intestinală. Se determină triada Rigler, ce include următoarele semne: ocluzie intestinală mecanică; pneumobilie; concremente biliare ectopice. Pneumobilia se determină în 30—50% cazuri, calculi biliari ectopici—in 25%

cazuri [22]. Triada clasică Rigler la radiografie de ansamblu se întâlnește numai la 25 % de pacienți [22]. În 1941 Rigler, Borman și Noble au sumat semnele radiologice într-o tetradă: ocluzie intestinală parțială sau totală, pneumobilie sau prezența contrastului în căile biliare, concremente biliare aberante, schimbarea poziției anterioare a calculilor [23].

La semnele radiologice se referă și nivelele hidroaerice în regiunea hipocondrului drept, cel medial în regiunea duodenului și cel lateral – în regiunea colecistului, care au fost descrise de Balthazar și Schechter [22].

În cazurile dubioase se efectuează radiografia cu contrast, ce permite confirmarea sau excluderea diagnosticului de ocluzie intestinală mecanică, precum și stabilirea nivelului obstrucției: (1) examenul ultrasonor este informativ în diagnosticarea ileusului biliar. Această metodă permite depistarea calculilor în colecist, gaz în colecist și căile biliare, gastrostaza, pneumatoza intestinului subțire, peristaltism în pendul, lichid liber în cavitatea peritoneală, uneori calculi în lumenul intestinului [24]; (2) fibroesofagogastroduodenoscopia ne dă posibilitatea să determinăm prezența fistulei, a concremenților biliare în lumenul stomacului și duodenului, gastrostaza. Ca regulă, extracția endoscopică a calculilor din stomac nu se reușește, deoarece ei pot să nu treacă prin esofag; (3) colangiopancreatografia retrogradă endoscopică ne dă posibilitatea de a vizualiza traiectul fistulei, de a determina prezența calculilor în colecist și căile biliare [25]; (4) tomografia computerizată permite determinarea concremenților biliare, caile biliare, pneumobilia, balonarea jejunului, mase hiperecogene (concremente) în lumenul tractului digestiv [26,27]; (5) fibrocolonoscopia și rectoromanoscopia dă posibilitate de a depista calculi biliari în lumenul intestinului gros și rectului; (6) laparoscopia, în cadrul careia se determină semne de ocluzie intestinală, proces aderent în etajul superior al cavității peritoneale, prezența și caracterul exudatului peritoneal; (7) laparotomia, în procesul careia, de obicei, se stabilește diagnosticul de ocluzie intestinală biliară.

Ca regulă, determinarea diagnosticului se întârzie cu 2 – 4 zile, iar diagnosticul preoperator corect se stabilește numai în 50 – 75% de cazuri [3,28].

În pofida tuturor metodelor de laborator și investigațiilor instrumentale, diagnosticul de ileus biliar mai frecvent se stabilește în timpul intervenției chirurgicale.

Tratamentul.

Pacienții cu ileus biliar sunt din start bolnavi grav, în special luând în considerație vârsta și patologiile concomitente. Cazurile de eliminare spontană a concremenților biliari, care produc ocluzia intestinală sunt foarte rare. Kasahara și alți cercetători descriu despre eliminarea spontană a concremenților la 8 din 112 de pacienți. Cei mai importanți factori, de care depinde declanșarea ocluziei intestinale sunt: dimensiunile concremenților și diametrul lumenului al intestinului [4]. Dacă la tomografia computerizată se vizualizează calculi cu diametrul mai mic de 2,5 cm, evacuarea lor spontană e real posibilă. În astfel de cazuri, tratamentul conservativ inițial, pe parcursul a 48 de ore la pacienții cu risc chirurgical operator înalt, poate fi eficient.

În sindromul Bouveret se pot utiliza metode endoscopice de tratament. Primul caz de aplicare cu succes a metodelor endoscopice în sindromul Bouveret a fost descris în 1985 [29]. De obicei, se fac 5-9 proceduri ce includ: litotriția mecanică, litotriția electrohidraulică și litotriția cu laser [30]. Însă tratamentul non-operator rareori se încununază de succes. Lowe și coautorii au demonstrat că mai mult de 90% din pacienți sunt supuși în viitor intervenției chirurgicale [31]. Complicația de bază a litotriției este pătrunderea fragmentelor calculului în duoden și mai departe în intestinul subțire, ceea ce poate fi mai târziu cauza ocluziei intestinale [32,33]. A fost descris un caz de înlăturare a concremenului cu dimensiuni mai mari de 3cm prin calea endoscopică [34]. De asemenea, e necesar de reținut că tratamentul endoscopic nu este radical.

Tratamentul chirurgical

Metoda radicală de tratament este enterotomia cu litextracție, colecistectomie și lichidarea fistulei, ceea ce se poate efectua unimomentan sau în două etape. Intervenția chirurgicală unimomentană prezintă un risc operator considerabil și un nivel înalt de mortalitate postoperatorie, din acest motiv se efectuează extrem de rar [28]. În caz de efectuarea intervenției chirurgicale în 2 etape se începe de la enterolitotomie în mod urgent (*fig.2*), și după 4 – 6 săptămâni, colecistectomie cu închiderea fistulei [10].

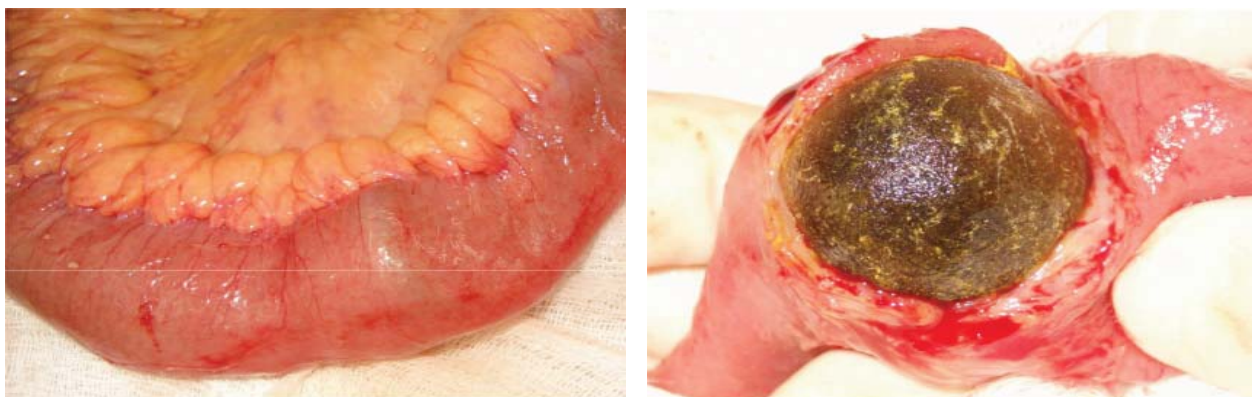


Fig.2. Aspect intraoperator: ansa intestinală cu concrement biliar înclavat; enterotomie cu litextracție.

Dacă vorbim doar de lichidarea ocluziei intestinale, în acest caz cauza de bază rămâne nerezolvată, ceea ce poate duce la recidivarea ocluziei intestinale.

S-a efectuat meta-analiza la 1001 de pacienți, în rezultatul căruia a fost stabilit, că în caz de efectuare a tratamentului chirurgical într-un moment, letalitatea constituie 16,9%, iar în enterotomie cu litextracție – 11,7% [3].

De regulă, intervenția chirurgicală se efectuează prin metoda tradițională, adică prin abord laparotomic [35]. Dar, actualmente, e posibilă efectuarea intervenției chirurgicale pe cale laparoscopică [36,37], enterolitotomiile videoasistate, ce încep prin metoda laparoscopică permite de a depista localizarea concrementului, și prin incizie mică se efectuează exteriorizarea a ansei intestinale [38].

Accesele repetate a ileusului biliar după enterolitotomiile simple sunt înregistrate doar la 5% de pacienți, iar numai 10% din ei sunt supuși intervenției chirurgicale repetate din cauza persistenței simptomelor din partea tractului biliar [35]. În prezent tactica chirurgicală nu este standardizată, mai ales la pacienții de vârstă înaintată, care au necesitate în minimizarea riscului operator [34,39].

Concluzii

Ocluzia intestinală biliară reprezintă o complicație rară a litiazei biliare, mai frecvent la pacienți în vârstă de 65-75 de ani, și de obicei, la reprezentantele sexului feminin. Lipsa simptomelor specifice acestei patologii, evoluția ondulată, progresarea lentă cu perioade de falsă ameliorare duc la diagnosticarea tardivă a maladii. De regulă, intervenția chirurgicală unimomentană este imposibilă din cauza patologiilor asociate ale pacienților.

În pofida performanțelor medicinei contemporane și a chirurgiei în particular, nivelul letalității în patologia dată rămâne destul de înalt.

Bibliografie selectivă

1. Sciacca P, Benini B, Borrello M. *Mechanical occlusion of the small intestines by gallstones. Our experience.* Minerva. Chir. 1997;52(1-2):39-44.
2. Schutte H, Bastias J, Csendes A, et al. *Gallstone ileus.* Hepatogastroenterology 1992;39(6):562-565.
3. Reisner RM, Cohen JR *Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases,* Am Surg 1994;60(6):441-446.
4. Day EA, Marks C, *Gallstone ileus.* Am J Surg, 1975; 129(5):552-558.
5. Browning LE, Taylor JD, Clark SK, Karanjia ND. *Jejunal perforation in gallstone ileus-a case series.* J Med Case Reports 2007;1:157.
6. Chou JW, Hsu CH, Liao KF, Lai HC, Cheng KS, Peng CY, et al. *Gallstone ileus: report of two cases and review of the literature.* World J Gastroenterol, 2007;13(8):1295-1298.
7. Ayantunde AA, Agrawal A. *Gallstone ileus: diagnosis and management.* World J Surg, 2007;31(6):1292-1297.
8. Buetow GW, Glaubitz JP, Crampton RS, *Recurrent gallstone ileus.* Surgery, 1963;54(11):716-724.
9. Baker SR, Cho KC, Plain films of the liver, bile ducts and spleen. In: Baker SR, Cho KC (eds) *The abdominal plain film with correlative imaging*, 2nd edn. Appleton and Lange, Stamford, Conn, 1999;421-422.
10. Abou-Saif A, Al-Kawas FH. *Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, and gallstone ileus.* Am J Gastroenterol, 2002;97(2):249-254.

11. Walt AJ, Bauwman DL (1985) *Trauma, perforation and fistulas of the biliary tract*. In: Berk JE, Haubrich WS, Kasler MH, Roth JLA, Schaffner F (eds) *Bockus gastroenterology*, 4th edn, vol 5. Saunders, Philadelphia ; 3794-3797.
12. Cohn I, *Intestinal obstruction*. In: Berk JE, Haubrich WS, Kasler MH, Roth JLA, Schaffner F (eds) *Bockus gastroenterology*, 4th edn, vol 5. Saunders, Philadelphia, 1985; 2070-2072.
13. Горбунов АВ, Шалагина СИ. К *Хирургии острой желчекаменной непроходимости*. Вестник хирургии 1990;3:40-41.
14. Добровольский СР, Иванов МП, Нагай ИВ, *Желчекаменная обтурационная кишечная непроходимость*. Хирургия 2004;3:51-55.
15. Svartholm E, Andren-Sandberg A, Evander A, Jarhult J, Thulin a. *Diagnosis and treatment of gall-stone ileus*. Report of 83 cases. *Acta Chir Scand* 1982;148(5):435-438.
16. Bouveret L. *Stenose du pylore adherent a la vesicule*. *Rev Med (Paris)* 1896;16:1-16.
17. Frattaroli FM, Reggio D, Gaudalaxara A, Illomei G, Lomanto D, Pappalardo G. *Bouveret's syndrome: case report and review of the literature*. *Hepatogastroenterology*, 1997;44(16):1019-1022.
18. Masannat Y, Caplin S, Brown T. *A rare complication of common disease: Bouveret syndrome, report of a case*. *World J Gastroenterol*, 2006;12(16):2620-2621.
19. Langhorst J, Schumacher B, Deselaers T, Neuhaus H. *Successful endoscopic therapy of a gastric outlet obstruction due to gallstone with intracorporeal laser lithotripsy: a case of Bouveret's syndrome*. *Gastrointest Endosc*, 2000;51(2):209-213.
20. Goldberg RI, Phillips RS, Barkin JS. *Spontaneous cholecystocolonic fistula treated by endoscopic sphincterotomy*. *Gastrointest Endosc*, 1988;34(1):55-56.
21. Федоров АВ, Чернова ТТ. *Желчнокаменная непроходимость тонкой кишки*. Хирургия, 2002;4:57-60.
22. Balthazar EJ, Schechter LS. *Gallstone ileus: the importance of contrast examinations in the roentgenographic diagnosis*. *AJR Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med*, 1975;125(2):374-379.
23. Rigler L, Borman C, Noble J. *Gallstone obstruction: pathogenesis and roentgen manifestations*. *JAMA*, 1941;117:1753.
24. Maiss J, Hochberger J, Hahn EG, et al. *Successful laser- lithotripsy in Bouveret's syndrome using a new frequency doubled doublepulse*. Nd:YAG laser (FREDDY). *Scand J Gastroenterol*, 2004;39(8):791-794.
25. Masanat Y, Al-Shakarchi I, Duane P, Brown T. *Clinical observation: cholecystoenteric fistula on ERCP*. *J Gastrointestinal Nursing*, 2005;18(10):1210.
26. Farman J, Goldstein DJ, Sugalski MT, et al. *Bouveret's syndrome: diagnosis by helical CT scan*. *Clin Imaging*, 1998;22(4):240-242.
27. Liew V, Layani L, Speakman D. *Bouveret's syndrome in Melbourne*. *ANZ J Surg*, 2002;72(2):161-163.
28. Kasahara Y, Umemura H, Shiraha S, et al. *Gallstone ileus. Review of 112 patients in the Japanese literature*. *Am J Surg*, 1980;140(3):437-440.
29. G. Bedogni, S. Contini, and M. Meinero, "Pyloroduodenal obstruction due to a biliary stone (Bouveret's syndrome) managed by endoscopic extraction," *Gastrointest Endosc*, 1985; 31(1):36-38.
30. Schweiger F, Shinder R, *Duodenal obstruction by a gallstone (Bouveret's syndrome) managed by endoscopic stone extraction: a case report and review*. *Can J Gastroenterol*, 1997;11(6):493-496.
31. Lowe AS, Stephenson S, Kay CL, and May J, "Duodenal obstruction by gallstone (Bouveret's syndrome): a review of the literature," *Endoscopy*, 2005;37(1):82-87.
32. Alsolaiman MM, Reitz C, Nawras T, Rodgers JB, and Maliakkal BJ, "Bouveret's syndrome complicated by distal gallstone ileus after lithotripsy using Holmium: YAG laser," *BMC Gastroenterology*, 2002;2(1):15-18.
33. Apel D, Jakobs R, Benz C, Martin WR, and Riermann JF, "Electrohydraulic lithotripsy treatment of gallstone after disimpaction of the stone from the duodenal bulb (Bouveret's syndrome)", *Ital J Gastroenterol. Hepatology*, 1999;31(9):876-879.
34. Salah-Eldin AA, Ibrahim MA, Alpati R, Muslah S, Schubert TT, Schuman B.M. *The Bouveret syndrome: an unusual cause of hematemesis*. *Henry Ford Hosp J*, 1990;38(1):52-54.
35. Rodriguez-Sanjuan JC, Cassado F, Fernandez MJ, et al. *Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus*. *Br J Surg*, 1997;84(5):634-637.
36. Soto DJ, Evan SJ, Kavic MS. *Laparoscopic management of gallstone ileus*. *JSLs*, 2001;5(3):279-285
37. Davies JB, Sedman PC, Benson EA. *Gallstone ileus-beware the silent second stone*. *Postgrad Med J*, 1996;72(847):300-301.

38. Sarli L, Pietra N, Costi R, Gobbi S. *Gallstone ileus: laparoscopic-assisted enterolithotomy*. J Am Coll Surg, 1998;186(3):370-371.
39. Clavien PA, Richon J, Rohner A. *Gallstone ileus*. Br J Surg, 1990;77(7):737-742.

Rezumat

Ileusul biliar reprezintă obstrucția intraluminală a tractului gastrointestinal cu concremente biliare. Litiaza biliară se complică cu patologia dată în 0,3-0,5% și constituie 1-3% din bolnavii cu ocluzie intestinală înaltă. Cea mai înaltă frecvență patologia dată o are în perioadă de vârstă, care cuprinde 65-75 ani. În articol se analizează metodele de diagnostic și tratament a ocluziei intestinale biliare.

Summary

Biliary ileus represents intraluminal obstruction of the gastrointestinal tract by gallstone concretions. Biliary lithiasis is complicated by biliary obstruction in 0,3-0,5%, and biliary ileus represents 1-3 % of total number of patients with small bowel obstruction. The peak of frequency of this pathology is on patients 65-75 year old. In the paper are described methods of diagnosis and treatment of biliary ileus.